

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond SOUEF

Né le 1^{er} août 1906, à Brusvily (Côtes-du-Nord)

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES DU MÉSENTÈRE

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

710



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond SOUËF

Né le 1^{er} août 1906, à Brusvily (Côtes-du-Nord)

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES DU MÉSENTÈRE

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose.....	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN.....	Clinique médicale.
BRULÉ.....	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER.....	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt enlevée à notre affection.

A MON PÈRE

*Modeste témoignage de piété filiale et
de vive reconnaissance.*

A MA BELLE-MÈRE

Avec mes sentiments de cordiale affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En témoignage de reconnaissance pour
le grand honneur qu'il nous fit en accep-
tant la présidence de notre thèse.*

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR PAUL HARDOUIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Professeur de Clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Chirurgien-chef de l'Hôpital et Clinique Saint-Yves à Rennes
Correspondant national de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont nous fûmes l'interne, qui nous a
inspiré le sujet de cette thèse, et aidé de
ses conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre profonde et respectueuse
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

A MES MAITRES DE L'HOPITAL
ET DE LA CLINIQUE SAINT-YVES A RENNES

A MON JURY DE THÈSE

ÉTUDE SUR LES KYSTES DU MÉSENTÈRE

Introduction.

Nous venons, dans cet ouvrage, apporter une contribution à l'étude des kystes du mésentère. Ces tumeurs sont, en effet, d'une observation peu courante, leur diagnostic, malaisé, et bien souvent leur découverte n'est que le résultat d'une intervention chirurgicale faite dans un tout autre but.

Nous avons eu l'avantage pendant notre séjour d'Interne à l'Hôpital Saint-Yves de Rennes, d'en étudier un cas chez un tout jeune enfant, dont l'observation sera relatée plus loin, venant s'ajouter au nombre d'ailleurs restreint publié jusqu'à ce jour.

Dans le plan que nous allons adopter, nous passerons en revue l'historique des kystes, leur anatomie pathologique, leur classification.

En raison de la rareté de l'affection, nous étudierons plus longuement l'étiologie, la symptomatologie, les formes cliniques, l'évolution, le pronostic.

Nous terminerons par une étude détaillée du diagnostic et du traitement, y ajoutant nos conclusions et une bibliographie.

Aperçu historique.

Dans l'étude de cette question, Brackehaye distinguait trois périodes ; Ney et Wilkinson en suggérèrent une quatrième.

La première, date de la découverte de Benevieni, anatomiste florentin, en 1507. La tumeur kystique fut trouvée accidentellement au cours d'une autopsie, et caractérisée par le savant de merveille anatomique.

Jusqu'en 1850, certains auteurs, Tulpio et Mongagni en particulier, rapportèrent aussi des cas, qui, malheureusement, n'étaient que des découvertes d'autopsie.

La deuxième période va de 1850 à 1880. Les chirurgiens opérèrent un petit nombre de kystes ; le diagnostic très souvent était erroné, et le résultat opératoire, fatal.

De 1880 à nos jours, nombreux furent les cas où le diagnostic avait été porté avant la laparotomie. Il y eut en général de bons résultats, et l'honneur en revient aux chirurgiens, surtout français, parmi lesquels nous pouvons citer particulièrement Merklen, Tillaux, Millard, Péan.

En 1911 avec Ney et Wilkinson on trouve une

quatrième période partant de 1900, époque à laquelle apparaissait la théorie intéressante de Dowd « L'origine des kystes mésentériques à partir de l'inclusion embryonnaire ».

Augagneur, en 1886, montra que sur 90 cas de tumeurs mésentériques, 18 se trouvaient être des kystes, et Arékion en 1891, en rapporta 81 cas.

A ce nombre s'ajoutaient en 1892, les 23 cas de Brackehaye, ce qui portait le total à 104 cas.

En 1897, Moynihan augmentait la liste de 9 cas nouveaux, et Dowd, de trente-deux observations, faisant en tout 145 cas.

Au dire de G. Jones, Lawson Tait n'aurait jamais vu un kyste mésentérique, et Spencer Well, 2 cas seulement. Quant au D^r L. L. Mc Arthur, de Chicago, ce praticien déclarait en 1912, n'avoir jamais rencontré un kyste chyleux mésentérique, se trouvant ainsi d'accord avec A. H. Ferguson.

En 1912, Friend, de Chicago, rassembla 52 cas du type chyleux ; il fut surpassé en 1913, par A. L. Bénédict, de Buffalo, qui apporta à la littérature un total de 96 observations.

Puis parurent les travaux de Rosenblatt en 1915.

L'auteur releva 200 cas isolés, mais il excluait les kystes omentaux, qui d'ordinaire, rentrent dans le groupe des kystes mésentériques.

Anatomie pathologique.

Les kystes du mésentère sont, en général, uniques ou uniloculaires.

Les kystes séreux et chyleux (ces derniers nous intéressant spécialement) sont les mieux connus. Ils forment une classe spéciale, sont multiloculaires, et parfois en nombre considérable, comme on le voit dans le cas du Dr José Cacirol (1), où à côté de 4 gros kystes chyleux, l'auteur a remarqué la présence de 70 à 80 petites tumeurs ayant la même caractéristique macroscopique que les grosses, et ayant envahi le mésentère jusqu'à son insertion postérieure.

Quelle que soit leur variété, les kystes mésentériques sont rarement d'un volume très considérable. Certains cependant peuvent atteindre la capacité de 8 litres.

Le liquide, d'ordinaire sous tension, est chyleux, séreux ou hématique, s'il y a eu dans ce dernier cas rupture vasculaire, à laquelle pour certains auteurs, le kyste ne serait que secondaire (hématome enkysté), ou bien transsudation sanguine à l'intérieur de la cavité.

1. Dr José Cacirol (*Semana medica*, Buenos-Ayres, 27 nov. 1924).

Quant aux kystes hydatiques, leur contenu est identique à celui des kystes hydatiques siégeant dans n'importe quelle autre région.

RAPPORTS ANATOMIQUES : ces tumeurs sont en rapport étroit :

1° avec les anses intestinales ;

2° avec les vaisseaux.

1° Rapports avec les anses intestinales.

Il est fréquent en effet d'observer des relations intimes entre l'intestin et la tumeur : dans le cas de Paget, Lapage et Morley (1), une partie de l'iléon cheminait à la surface du kyste ; parfois on a trouvé l'intestin aplati, comprimé, tel le jéjunum dans l'article de Proust, ou bien une anse intestinale cravatait la tumeur (Bonnet) (2) ; enfin Wilson (3) vit un kyste traversé sur toute sa longueur par un ruban d'anse grêle, de coloration bleuâtre assez marquée, témoignant sans doute d'une gêne circulatoire.

« En un mot, l'intestin revêt la tumeur comme l'épididyme coiffe le testicule. »

2° Rapports avec les vaisseaux.

Le kyste, s'insinuant entre les feuillets du mésentère, épargille à sa surface les branches vasculaires,

1. Paget, Lapage, Morley (*The Lancet*, Londres, 28 nov. 1925).

2. Bonnet, Japiot, de Rougemont (Société de Chirurgie de Lyon, 26 mars 1925).

3. Wilson, *The British Medic. Journ.*, Londres, 19 janvier 1929).

lesquelles, atteintes de troubles circulatoires, de stase, subissent souvent un accroissement important de leur volume : Delagenière a vu un kyste parcouru par une veine de la grosseur du pouce et Brinsmade cite le cas d'un kyste fluctuant, inclus entre les feuillets mésentériques, et à la surface duquel rampaient de nombreux vaisseaux sanguins.

Classification des kystes.

Les premiers auteurs ayant étudié sérieusement la question et parmi eux surtout Portal, Augagneur, Delmez, Brackehaye, Dowd, Ayer, Monnier, s'étaient ingéniés à donner une classification de ces tumeurs.

Nous devons la première à Portal, en 1803. Mais pour tous, le contenu kystique était la base de la classification. C'est ainsi qu'en 1899, Villard subdivisait les kystes mésentériques en kystes lymphatiques, dermoïdes et sanguins ; Dowd en 1900 les répartissait en trois grandes classes :

- les kystes embryonnaires ;
- les kystes parasitaires ;
- les kystes malins.

C'était déjà la marque d'un grand progrès.

En 1907, Niosi étudia un kyste mésocolique dont le revêtement épithélial interne semblait, par l'aspect de sa structure, dériver du corps de Wolff. L'auteur proposa alors de faire entrer dans le groupe des kystes d'origine congénitale tous ceux qui présentaient un revêtement épithélial, et pour lui, il existe trois variétés de kystes :

- les kystes intestinaux ;
- les kystes dermoïdes ;
- les kystes issus du tractus urogénital et provenant de l'épithélium germinatif du corps de Wolff et du canal de Müller.

Henschen, en Allemagne, s'efforça, un des premiers, de faire dépendre la classification des rapports avec l'anatomie. Il démontra en outre qu'un kyste chylofère n'a pour autre origine que l'appareil chylofère.

Parmi les classifications récentes, nous en relatons trois ; la première est exposée par Neukirch (1) et est fondée sur des données anatomiques.

Nous distinguons dit l'auteur :

A. — KYSTES PURS.

1° Kystes mésentériques, d'origine lymphatique :

- a) Kystes par stase ;
- b) Lymphangiome kystique et caveux.

2° Kystes mésentériques d'origine non lymphatique :

- a) Entérokystomes ;
- b) Kystes dermoïdes ;
- c) Kystes développés aux dépens du tractus urogénital (C. d Wolff).

B. — KYSTES PARASITAIRES.

- a) Kystes à équinocoques ;
- b) Kystes à cysticerques ;
- c) Kystes gazeux.

1. Neukirch, *Arch. f. Klinisch. Chir.* Berlin, t. CLXI, 22 oct. 1930.

C. — PSEUDO-KYSTES

- a) Kystes sanguins ;
- b) Kystes par ramollissement ;
- c) Kystes par liquéfaction ;
- d) Epanchement kystique de l'arrière cavité des épiploons.

Quant à Cornioley (1), il donne de ces tumeurs deux classifications suivant que l'on envisage le point de vue clinique ou anatomo-pathologique.

I. — CLASSIFICATION CLINIQUE.

A. Kystes rétropéritonéaux.

B. Kystes mésentériques purs :

Du méso appendice, du mésentère, des mésocôlons.

II. — CLASSIFICATION ANATOMOPATHOLOGIQUE.

A. *Kystes par stase*, par rétention de vaisseaux lymphatiques :
contenus chyleux, séreux, hémorragiques et purulents.

B. *Kystes par dégénérescence kystique* des ganglions lymphatiques :

chyleux, séreux, hémorragiques et purulents.

C. *Lymphangiomes kystiques* du mésentère, appelés chylangiomes lorsque leur contenu est chyleux :

Chyleux, séreux, hémorragiques et purulents.

D. *Kystes congénitaux* :

Dermoïdes, endo-dermoïdes.

E. *Kystes dermoïdes* :

tératoïdes, mixtes.

1. Cornioley, *Lyon Chirurgical*, t. XXIII, sept.-oct. 1926.

F. *Entérokystome*.

G. *Kystes parasitaires*.

Enfin Latteri, se basant sur l'origine des kystes, adopta la classification suivante :

KYSTES DU MÉSENTÈRE.

I. Kystes congénitaux :

a) Lymphangiomes, chylangiomes.

b) Par inclusion fœtale :

Débris du corps de Wolff, kystes dermoïdes.

c) Entéroïdes :

Par inclusion fœtale de germes intestinaux, par diverticules congénitaux de l'intestin.

II. Kystes acquis :

Lympho et chylangiectasie, parasitaires, hématiques, gazeux.

Ces différentes classifications ont permis de mieux comprendre le développement d'un grand nombre de ces kystes, sans toutefois pouvoir expliquer d'une façon très satisfaisante la cause intime de leur formation.

Etiologie et pathogénie.

Les causes des kystes du mésentère sont, en effet, très obscures.

Ces tumeurs surviennent surtout chez les sujets jeunes, de 20 à 50 ans. Pourtant il n'est pas rare d'en observer plus précocement ; le nourrisson n'en est pas exempt, l'enfant non plus, ainsi qu'en témoignent de nombreux cas survenus avant la puberté.

Le petit garçon que nous avons opéré était âgé de 3 ans : voici en quelques lignes, son observation :

Observation I.

(D^r Hardouin, Rennes)

Kyste chyleux du mésentère.

Guy R..., âgé de 3 ans, présentait depuis plusieurs semaines des crises douloureuses abdominales de courte durée, siégeant surtout dans le flanc droit, et dans la région ombilicale. Elles s'accompagnaient de vomissements, mais sans élévation de température.

Le tout durait quelques heures, puis rien ne paraissait plus.

Les parents, inquiets, mandèrent le D^r Guérin, spécialiste d'enfants à Rennes, qui diagnostiqua sous réserves, une appendi-

cite chronique, et conseilla l'envoi du petit malade dans une clinique.

L'enfant entra à l'Hôpital Saint-Yves le 10 mars 1932; son aspect général était mauvais : pâleur du visage, amaigrissement marqué, *petitesse de la taille*.

Le Dr Hardouin, mandé aussitôt, vint examiner le patient.

A l'inspection, rien d'anormal.

A la palpation, peu de signes cliniques nets : pas de défense musculaire, un peu de douleur dans le flanc droit. Pas de température. Pouls normal.

Le diagnostic d'appendicite chronique probable fut à nouveau porté, se basant sur les crises douloureuses très vives observées à différentes reprises, et sur les vomissements qui les accompagnaient fréquemment.

Intervention : incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine qui contient un peu de liquide clair, on aperçoit une masse blanchâtre, molle, mais trop grosse pour être énucléée par l'orifice de l'incision.

On agrandit par section musculaire en haut, sur quelques centimètres, et on sort à l'extérieur un kyste blanchâtre très peu tendu, ovalaire, de 7 à 8 cm. de diamètre, situé dans le mésentère de l'intestin grêle qui est directement à son contact.

Le kyste contient environ un verre à boire de liquide opalescent.

Un essai de dégagement de ce kyste montre qu'il n'existe aucun plan de clivage. On est obligé d'enlever à la fois la paroi du kyste avec le mésentère correspondant.

Ceci fait, il existe 7 à 8 cm. d'intestin grêle, complètement désinséré.

Résection intestinale, fermeture des deux bouts, puis entéro-anastomose latéro-latérale.

Rentrée de l'intestin dans l'abdomen. Suture sans drainage.

Le lendemain et les deux jours suivants, l'état de l'enfant nous inspira des inquiétudes : le choc opératoire, avec un pouls misérable, assombrissait fortement le pronostic.

Le quatrième jour le facies était transformé ; l'aspect général s'améliore, et au bout de trois semaines, l'enfant quittait l'hôpital, complètement guéri.

Nous avons eu l'occasion de le revoir depuis ; il ne souffre plus, et sa santé est parfaite.

OBSERVATION II

(Dr R. B. Wade (1), Royal Alexandra hospital
for Children, Sydney).

Un cas de kyste mésentérique chez une enfant de 3 ans.

Une fillette de 3 ans, était admise à l'Hôpital d'enfants, Royal Alexandra, le 8 novembre 1927, avec une histoire de crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements, mais sans diarrhée.

L'enfant, toujours irritable, souffrante, constipée, ne grandissait pas.

Le père était tuberculeux pulmonaire.

Au dire de la mère, la petite malade souffrait, depuis sa naissance, de crises douloureuses fortuites, accompagnées de vomissements.

L'abdomen était gros, sans cependant subir de variations.

1. R. B. Wade, *The Medical Journal of Australia*, Sydney, samedi 14 avril 1928.

Température = 36°7.

Nombre de pulsations = 136 à la minute.

L'enfant gisait sur le lit; les yeux étaient cernés, la langue blanche, l'abdomen distendu.

Matité complète à la percussion, sans variations avec le changement de position.

Existence de sonorité seulement dans la partie supérieure de l'abdomen. Présence d'un frémissement liquidien.

Le foie et la rate ne sont pas palpables. Pas d'adénopathie cervicale, axillaire, inguinale..., etc.

Intervention : le 10 novembre 1927.

Elle montre l'existence d'un kyste lobulé, de la grosseur d'un petit ballon, attaché au mésentère de l'intestin grêle, à environ 45 cm. de la jonction iléocœcale.

Le contenu consistait en un liquide teinté de sang, lequel donnait à la tumeur cet aspect charnu, rouge bleuâtre, ressemblant, à première vue, à un gros intestin dilaté.

Une anse grêle s'incurvait sur le kyste rendant ainsi leur séparation très difficile; aussi 25 cm d'intestin furent-ils réséqués avec la tumeur.

Suture des extrémités.

Anastomose latérale.

Suites opératoires normales. L'enfant sort le 3 décembre 1927 et depuis son état général s'est fort amélioré...

Le patient de Kirmisson avait aussi 3 ans; celui de Guillemin, 4 ans; A. Cacirot (1) opéra un enfant de 5 ans, et Makins (2) un petit de 6 ans.

1. A. Cacirot, *Semana Medica*, Buenos-Ayres, 27 nov. 1924.

2. Makins, *Annals of Surgery*, mars 1911.

Blaine et Swartley (1) citent un cas rencontré chez une fillette de 7 ans, et Wilson a observé ce genre de tumeur chez un garçon de 8 ans.

Le nourrisson aussi n'est pas exempt de kystes mésentériques. En voici une observation très intéressante exposée par les D^{rs} Paget, Lapage et Morley, qui intervinrent chez un nouveau-né de quatre semaines, atteint d'un kyste volumineux, et dont les résultats opératoires furent excellents :

OBSERVATION III

(Par Paget, Lapage et Morley).

Kyste mésentérique chez un nourrisson de quatre semaines.

A. L. D..., sexe masculin, âgé de quatre semaines, fut envoyé par le D^r Sinclair Couper (Blackpool) et examiné le 23 février 1922 pour une distension abdominale, causée par une grosseur fluctuante.

La tumeur datant de la naissance s'était accrue régulièrement.

Pas de vomissements, fonctionnement régulier de l'intestin. L'enfant était nourri au lait de vache dilué, mais avait perdu du poids dans les deux dernières semaines, pendant que se développait un léger œdème des jambes.

Etat du patient à l'examen : il était maigre et gémissait sans cesse.

Une tumeur ronde, unie, évidente à l'inspection, remplissait l'abdomen en entier, sauf le quadrant gauche et inférieur. Elle était tendue, fluctuante et, à la percussion, présentait de la matité.

Le côlon échappant à la palpation en avant de la tumeur, le

1. Blaine et Swartley, *Annals of Surgery*, Philadelphie, juin 1927.

ballonnement n'existait donc pas simplement au niveau du rein mais avait aussi son origine dans la région hépatique.

Opération : le 24 février 1922.

Anesthésie à l'oxyde nitreux et éther, faite par le Dr K.-B. Pinson, avec préalablement une injection sous-cutanée de sérum salé.

Laparatomie à travers le muscle droit.

On découvrit alors un énorme kyste, situé derrière le péritoine avec un repli d'iléon étendu à sa surface.

Foie et vésicule normaux.

La ponction du kyste sur le côté droit, dans un espace non vascularisé, donna issue à quelques pintes d'un liquide clair.

L'affaissement en résultant permit de remarquer le siège de la tumeur dans le mésentère inférieur, avec cæcum refoulé dans l'hypocondre gauche.

La paroi kystique, épaisse et musculaire, était doublée d'une membrane blanchâtre.

L'énucléation fut faite graduellement, en évitant les principaux vaisseaux qui irriguent les intestins.

Dissection pénible à cause des nombreux petits vaisseaux attenant à la tumeur, et de la nature friable de sa paroi.

La masse étant enlevée, on draina l'espace compris entre les deux feuillets mésentériques et on sutura l'incision du péritoine.

Fermeture de la paroi abdominale en plusieurs plans.

Suites opératoires : injections salines sous-cutanées pendant les vingt-quatre premières heures, l'enfant manifestant des signes de collapsus.

Au bout d'un jour on enleva le drain et, à partir des quarante-huit premières heures, survint une amélioration constante, malgré une infection superficielle de la paroi.

Quatre semaines plus tard, l'enfant retournait chez lui, en état de santé satisfaisant, et est actuellement très bien portant.

*
* *
*

Le Dr Wakehey (1), chirurgien du King's College Hospital, London, fit l'autopsie d'un nouveau-né mort au bout de six jours, de broncho-pneumonie.

L'abdomen était considérablement distendu, et à son ouverture, on découvrit un volumineux kyste mésentérique, siégeant du côté droit, dans le mésentère du jéjunum.

De ces faits, on doit conclure qu'il faut penser à la possibilité de ces tumeurs chez les tous jeunes enfants, sans exclure cependant le vieillard. Weichselbaum n'en a-t-il pas rapporté une observation chez un homme de 80 ans ?

Quant au sexe, il semble, d'après les statistiques, que la femme soit le plus souvent atteinte, sauf lorsqu'il s'agit de kystes hématiques, plus fréquents dans le sexe masculin.

Modes de formation des kystes.

A. — Kyste séreux ou chyleux.

1^o Kyste chyleux.

Pour donner une explication à la formation de ces kystes, les auteurs ont émis de nombreuses théories.

1. Dr Wakehey, *The British journal of Surgery*, 1931-1932.

Nous passerons en revue les principales :

a) *Théorie de la rétention par obstacle.* — Certains voient dans le kyste, le résultat d'un phénomène de rétention, dû à un obstacle sur le trajet des vaisseaux afférents, au niveau de la Citerne de Pecquet par exemple ou du canal thoracique.

Telle est l'opinion de Virchow basée sur un cas curieux de kyste chylifère consécutif à l'obstruction du canal thoracique par une tumeur cancéreuse.

Wilson semble partager le même genre d'idée, lorsqu'il implique, en relatant son observation, la formation chyleuse à une dilatation due à l'oblitération par du tissu traumatique ou tuberculeux.

Hlava soutint aussi cette hypothèse, combattue d'un autre côté par Prutz et Monnier, pour lesquels la suppléance était assurée par les nombreuses anastomoses entre les lymphatiques, créant de ce fait une dérivation et un obstacle à la rétention.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES : des expérimentateurs désireux d'obtenir par obstruction la formation de ces tumeurs, se servirent d'animaux sur lesquels ils pratiquèrent la ligature du canal thoracique.

Le premier opérateur fut Flandrin en 1880.

Dupuytren, Astley-Cooper, Levret et Lassaigne, Schmidt-Mülheim, Troisier, Weicher, Colin, Lee, Richet, continuèrent son œuvre.

Hetzler et Dowd n'obtinrent dans leurs résultats que la formation d'un exsudat péritonéal diffus.

En 1909, Shomann de Kœnigsberg parvint à pratiquer la formation artificielle de kyste chyleux par rétention, en ligaturant chez les animaux un certain nombre de vaisseaux lymphatiques.

Dans *Lyon chirurgical*, Letarjet et Gabrielle (1) rapportent en ces termes leur résultat expérimental après ligature du canal thoracique chez le chien :

« A l'autopsie des chiens, on note chez tous un épanchement chyleux, plèvres (chylothorax), ascite chyleuse chez six sujets sur dix-neuf, formée par un liquide blanc rosé, mêlé à une certaine proportion de sang.

Les chylifères apparaissent distendus à l'extrême, prêts à éclater.

Les ganglions mésentériques, le pancréas, sont énormes, les lamès mésentériques, rouges, dépolies. Sur elles on voit des traînées blanchâtres, semblables à du lait caillé.

Les deux feuillets mésentériques, écartés par d'énormes suffusions chyleuses, réalisent de véritables lacs, plus importants au niveau du bord d'implantation de l'intestin, comme s'il s'agissait d'une sudation de chyle de la paroi intestinale. »

Les chiens qui, malgré leur grave état général, avaient continué à vivre, furent sacrifiés, les uns le sixième jour, les autres le septième, le vingt-troisième, le trentième jour.

« Chez ces animaux, à l'autopsie, ni ascite chy-

1. Letarjet et Gabrielle. Société de Chirurgie de Lyon, séance du 7 janvier 1926.

leuse, ni chylothorax. Mais les chylifères étaient très dilatés, et les ganglions abdominaux, très congestionnés. Chez l'un d'eux, nous avons observé un volumineux épanchement de chyle, entre les deux feuillets du mésentère, au niveau du bord de l'intestin ».

D'autres animaux, malgré l'intervention, conservèrent un état de santé parfaite. Leur autopsie pratiquée le troisième et le quatrième jour, montra « une dilatation importante des vaisseaux lymphatiques et chylifères, mais moins grande que chez les animaux précédents ».

On voit, d'après ces expériences, qu'il est possible de provoquer de véritables lacs chyleux à l'intérieur des feuillets mésentériques dont ils forcent les parois, provoquant ainsi un décollement considérable.

Cependant il faut ajouter que dans bien des cas, les auteurs n'ont pas trouvé sur les trajets lymphatiques, d'obstacles pouvant expliquer la formation des kystes. Il en existe cependant d'indéniables.

b) *Causes cliniques de la stase.* — Cette stase dans le vaisseau lymphatique peut être consécutive à une *oblitération de nature quelconque*, cancéreuse, scléreuse, inflammatoire, comme le prouve le cas de Tilger.

Schmidt ne démontra-t-il pas lui aussi que la tuberculose péritonéale pouvait provoquer une altération cicatricielle de la racine du mésentère, et de ce fait, la stase chyleuse ?

Au cours de 200 autopsies, Henschen trouva 5 cas

d'ectasie chyleuse. Dans tous, il s'agissait de hernieux dont le sac avait subi des phénomènes inflammatoires, créant des adhérences de péritonite chronique entre lui et les anses grêles qui s'y trouvaient logées.

Le mésentère présentait aussi des signes nets de mésentérite latente, cicatricielle, fibreuse, et suffisant, d'après Orth « à provoquer une oblitération de la lumière des lymphatiques, ainsi qu'une atrophie des glandes du mésentère ».

c) *Influence de la composition du chyle.* — D'après A. Caciro, la composition du chyle servirait à amener l'obstruction du chylofère, l'excès de cristaux de cholestérine créant de véritables thrombus, temporaires ou permanents.

d) *Origine embryonnaire des lymphangiomes sans obstacles vasculaires.* — A l'heure actuelle, on conçoit que la majorité des kystes mésentériques appartiennent au groupe des lymphangiomes « naissant par un germe isolé à développement progressif ».

Chwetz, chez Roux de Lausanne en 1904, Lecène et Frossard, en rapportèrent chacun une observation caractéristique.

Hoffmann (1) soutient que l'on doit considérer les kystes chylofères comme étant des lymphangiomes, tumeurs assez fréquentes chez l'enfant ; cette opinion est partagée aussi par Rittner (Ewing) et Klemm.

1. Hoffmann, *Deutsche Zeitschrift Chirurg.*, 1919, t. 151.

Il s'agirait donc, non pas seulement d'une simple rétention, mais d'un véritable processus de néoformation vasculaire lymphatique, donnant naissance à ce genre de tumeurs. Celles-ci, pour Ribbert, ont surtout l'inflammation pour principal facteur étiologique, « donnant naissance aux lymphangiomes kystiques et aux grands caverneux ».

2^o *Théories de l'origine des kystes séreux.*

Le Professeur Cunéo, expliquant la formation des kystes séreux du mésentère, voit dans la production de ces tumeurs une *malformation péritonéale*, le manque de coalescence des feuillets mésentériques favorisant à leur intérieur le développement kysteux.

Pour Cunéo et Druchet, ces tumeurs n'ont pas une origine lymphangiomateuse, puisqu'elles sont uni et non multiloculaires, ainsi qu'il en devrait être normalement.

Enfin, pour d'autres auteurs, il s'agit d'une *dégénérescence kystique des ganglions lymphatiques*, et comme preuve, ils montrent des pièces histologiques où existent dans la paroi kystique des restes de tissu ganglionnaire normal.

Dans le cas de Reiles, il en était ainsi, et le praticien de conclure : « On est donc amené à admettre, comme l'ont fait déjà un certain nombre d'auteurs, que dans notre cas la pathogénie des kystes s'explique par un processus de dégénérescence kystique des ganglions lymphatiques ».

RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE L'INFECTION INTESTINALE. — L'infection intestinale aurait aussi son importance ; par elle se produirait un processus de dégénérescence et de desquamation au niveau de l'endothélium ganglionnaire ; il s'ensuivrait une obstruction et une stase lymphatique dans le tissu réticulé, donnant naissance à de nombreux petits kystes, qui par leur réunion, sous le fait de leur augmentation de volume, formeraient le kyste uniloculaire (Rokitansky-Wirchow).

B. — KYSTES D'ORIGINE INTESTINALE :
ENTÉROKYSTOMES.

Pour Terrier et Lecène, ils peuvent se diviser en *sous-muqueux, sous-séreux, intra-musculaires*.

ENTÉROKYSTOMES : ce sont des tumeurs intrapéritonéales, uniques ou multiples, petites ou grosses, siégeant tout près de l'intestin, ou bien dans sa paroi, parfois se faisant jour à l'intérieur de la cavité intestinale.

On les trouve surtout dans la portion inférieure de l'iléon, et aussi au niveau du jéjunum (Colmers) ; selon Roth, elles existent au lieu et place du diverticule de Meckel, ou dans le mésentère, ou dans le canal omphalo-mésentérique.

Pour certains auteurs, il s'agit d'inclusions fœtales de l'épithélium œsophagien ou intestinal. Pour d'autres, l'origine provient du conduit omphalo-mésentérique, ainsi que le pense Schminke qui, dans un cas, vit

deux entérokystomes unis l'un à l'autre par un canal de 3 cm. de longueur.

Un autre kyste, situé dans le médiastin et dénué de tout rapport avec la trachée et l'œsophage présentait la même structure et dériverait, d'après Schminke, d'une portion du diverticule de Meckel au troisième mois de la vie fœtale.

Koslivy les fait dériver du *pincement d'un diverticule congénital de la paroi intestinale*, pouvant se développer dans le mésentère, et perdant dans la suite toute connexion avec l'intestin (Professeur Duval). Un cas de ce genre se prolongeait dans le mésentère (Hedinger).

Quant à Aschof, il envisage une relation étroite entre ces kystes et *le bourgeonnement de l'épithélium du jéjuno-iléon* qui, d'après lui, leur donnerait naissance.

Higgins et Lloyd (1) font provenir ces kystes de la séquestration d'un diverticule issu de l'intestin, et autre que le diverticule de Meckel; ils en verraient l'origine dans *le conduit vitello-intestinal*, ces tumeurs étant le plus souvent en rapport avec l'iléon.

Bauer (2) relate l'observation d'une femme âgée de 41 ans et atteinte d'un kyste mésentérique à contenu jaunâtre, avec présence de paillettes de cholestérine. Il était situé dans le mésocôlon transverse et serait un entérokystome dû à une inclusion mésentérique de l'endothélium intestinal.

ORIGINES DIVERSES : dans un cas à tumeurs multiples,

1. Higgins et Lloyd, *British Journal of Surgery*, t. XII, 1924.

2. Bauer, *Breslau Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, t. LXX, p. 2-3, nov. 1910.

Sœuger et Klopp ont trouvé cinq kystes abdominaux dont deux contenaient dans leur paroi *du tissu hépatique* et les trois autres situés derrière l'estomac et le duodénum avaient *la structure de la paroi intestinale*.

K. V. von Vizen (1), de Saint-Pétersbourg rapporte l'observation d'un kyste rétropéritonéal, où plusieurs cellules rappelaient les *lobules pancréatiques*, ayant en effet la structure des îlots de Langerhans, et l'auteur pense qu'il s'agit d'une partie de la queue du pancréas qui se serait abaissée jusqu'à la racine du mésentère, ou mieux encore, d'un lobule aberrant du pancréas.

Glinsky décrivit aussi un cas de treize pancréas accessoires : trois étaient inclus dans la paroi stomacale et dix dans l'intestin.

Enfin pour Dowd, ces entérokystomes proviennent de *débris ovariens* à une phase précoce de la vie intra-utérine, ou bien de l'intestin.

C. — KYSTES DERMOÏDES DU MÉSENTÈRE.

Ils forment une classe à part, et sont peu fréquents ; Niosi, en 1908, n'a pu en recueillir que 10 cas authentiques et, en 1912, Paulowski (2) a rassemblé seulement trente-et-une observations.

Disons en quelques mots leur grande fréquence chez la femme, aux environs de la trentaine ; le traumatisme, selon Augagneur et Wils, semble, en tant que cause favorisante, jouer un rôle très important.

1. K. V. Von Vizen, *Chirurguïtschesky Archiv. Veliaminova*, t. XXVII, 1911).

2. Paulowski, *Arch. génér. de Chirurgie*. Paris, oct. 1912.

Ces kystes semblent naître de cellules embryonnaires. D'où proviennent ces dernières ?

Point de départ des cellules embryonnaires. — Lexer, dans un travail, les fait dériver :

*ou de la fissure de l'ectoderme et des bords de la
fente embryonnaire,
ou de restes ectodermiques, au voisinage de l'extré-
mité du canal de Wolff,*

et il rapporte les observations de nombreuses tumeurs dermoïdes nées aux dépens de la fente abdominale antérieure, tandis que pour d'autres auteurs, il s'agit de germes disséminés çà et là.

Les débris du canal de Wolff seraient, de l'avis de Niosi et Lexer, la cause principale de ces formations kystiques, tandis que Sommer, dont la théorie aussi est digne d'intérêt, place leur origine possible dans les cellules de l'ectoderme et du mésoderme, partant de l'idée que tous les deux ont une origine ectodermique.

Ce complexe cellulaire mènerait pendant un certain temps une vie latente, jusqu'au moment où, à la faveur d'une épine irritative, l'ilôt cellulaire se transformerait rapidement en kyste dermoïde.

D. — KYSTES INTRA-PÉRITONÉAUX D'ORIGINE URO-GÉNITALE.

Fréquents chez la femme, ils se développent dans le mésentère et les régions voisines, gagnant parfois le fond du pelvis.

Leur contenu est brunâtre, fluide, formé de pseudo-mucine ; la paroi kystique est à tissu fibreux, et est revêtue d'un épithélium glandulaire, à cellules cylindriques ou cuboïdes.

Ces tumeurs sont rares et peu connues. Dowd, le rapporteur du premier cas, ne put dire s'il s'agissait d'un kyste provenant de l'ovaire ou de la région ovarienne.

Origine Wolffienne. — Niosi qui en a publié cinq observations, trouva dans le mésocôlon un kyste très certainement *d'origine Wolffienne* ; ceci fut confirmé :

« 1^o Par la constitution de la paroi, avec formes d'épithélium spécial, des cordons de cellules cubiques et cylindriques, avec ébauche de canalisation, conduits revêtus d'un épithélium cubique, semblable à celui du canal urinaire ;

2^o Par l'existence de tissus de capsule surrénale, comme c'est le cas dans l'exemple de Marchand ; la capsule est trouvée dans la région de l'organe sexuel, au voisinage le plus proche des vestiges du canal de Wolff. »

Origine rénale. — Neukirch en a publié une observation très intéressante : une femme de 20 ans était porteuse d'une tumeur abdominale suppurée.

L'intervention permit de constater la présence d'un kyste contenant environ un litre de pus crémeux. Située dans le mésentère, la masse remontait jus-

qu'au niveau du pôle supérieur du rein, avec lequel elle avait contracté des adhérences. « Dans les tentatives de décollement, par une petite fissure du rein s'écoule du pus. L'ablation d'un kyste fut alors suivie de néphrectomie. »

E. — KYSTES HÉMATIQUES.

En terminant ce chapitre, disons quelques mots à propos des kystes sanguins.

On en distingue deux variétés :

1^o A la suite d'une contusion abdominale, il s'est formé un hématome consécutif à une lésion traumatique des vaisseaux mésentériques ; il s'encapsule dans la suite, et ainsi le pseudo-kyste est constitué.

2^o Il s'agit d'une hémorragie à l'intérieur d'un kyste préformé.

Les causes favorisantes sont variées : vomissements, chutes, coups sur l'abdomen, ou au niveau de la colonne vertébrale.

*
* *
*

De cet exposé, il nous faut conclure que l'étiologie des kystes mésentériques est assez complexe. La lumière n'est pas encore faite sur l'origine certaine de ces tumeurs qui semblent pouvoir provenir de causes multiples.

Symptomatologie.

Pendant un temps plus ou moins long, la tumeur kystique passe à peu près inaperçue, et rien ne permet de la déceler.

Mais cette période de latence, durant laquelle l'individu conserve un état de santé parfait ou du moins satisfaisant, est bientôt rompue par les signes révélateurs du début de l'affection.

I. — SIGNES DU DÉBUT.

Ceux-ci sont extrêmement variables :

S'agit-il d'un enfant ? On remarquera chez lui ou de la tristesse, ou un abattement plus ou moins prononcé, avec tendance au sommeil, une transformation du caractère qui devient maussade et irritable, en même temps que se manifeste une inappétence marquée, et de l'amaigrissement.

Axtell (1) cite le cas d'un homme de 32 ans, qui, dix-huit mois après un traumatisme, perd l'appétit, maigrit, en même temps qu'apparaissent des troubles

1. Axtell (Bellingham Eu), *Annals of Surgery* t. LIII, n° 5, mai 1911).

gastro-intestinaux et urinaires, et une constipation opiniâtre.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; le petit malade de Wilson, âgé de 8 ans, « aurait voulu manger toute la journée ».

Manifestations gastriques. — Ce sont les crises diarrhéiques, suivies de constipation, les vomissements s'accompagnant d'algies *localisées* pouvant ainsi faire penser à une appendicite par exemple, *diffuses*, comparables alors à de violentes coliques. Dans le cas de Wilbolz « on remarquait chez le patient des douleurs abdominales vives, avec ballonnement, vomissement bilieux, arrêt des gaz, facies grippé, pouls rapide et température nulle » ; et dans celui de Juillard, où il s'agissait d'un hémangiome caverneux « ballonnement, arrêt des gaz, vomissements bilieux, pouls rapide sans température ».

Les crises sont aussi *passagères* ou *durables*. Un jeune homme de 17 ans, nous dit Bonnet, ressentait de violentes douleurs abdominales, avec vomissements. Après vingt-quatre heures de repos tout rentrait dans l'ordre, tandis que le malade de A. Caciro souffrait d'une douleur continue avec vomissements et défense musculaire généralisée de tout l'abdomen.

Enfin *le traumatisme* vient souvent révéler un état pathologique latent. Friend, de Chicago, rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, en voulant soulever un poids lourd, ressentit une brusque douleur

dans la région inguinale droite. Il fut opéré d'une tumeur kystique située entre les deux feuillets du mésentère de l'iléon.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

A ce stade de début fait bientôt suite la période d'état pendant laquelle les troubles digestifs demeurent et s'accroissent. L'anorexie est plus marquée, les douleurs ont une acuité plus vive, les vomissements augmentent de fréquence ; tous les symptômes en un mot s'exaspèrent. Mais dans chaque cas, on ne les trouve pas tous réunis ; aussi de la prédominance de l'un ou de l'autre, on en est venu à décrire un certain nombre de formes cliniques.

Formes cliniques.

1^o Forme latente. — L'individu conserve pendant très longtemps un état général excellent. Aucune crise douloureuse, nul phénomène occlusif, ne se font sentir. Tout au plus le patient se plaint-il d'un peu de pesanteur, d'une petite gêne au niveau de l'abdomen. Proposer l'intervention à de tels sujets serait certainement encourir un refus. Pourtant au cours d'autopsies, on a trouvé de ces tumeurs, parfois volumineuses, et qui, durant la vie, n'avaient en rien incommodé celui qui en était porteur, et les chirurgiens ont eu dans quelques cas la surprise de trouver à côté de la lésion qu'ils se chargeaient d'opérer, une formation kystique insoupçonnée.

Une forme à symptômes aussi restreints est, certes, assez rare, et en général la douleur vient annoncer au malade la gravité de son état.

2^o *Forme douloureuse.* — Tantôt ce sont des algies très vagues, des « douleurs mouches » au point de Mac Burney par exemple, du tiraillement au niveau de l'ombilic ou dans la région dorsale.

D'autres fois, il s'agit de coliques violentes, à type syncopal, dues aux tractions exercées par la tumeur sur le plexus mésentérique, ou à une occlusion aiguë par compression.

La douleur peut aussi être le fait d'hémorragies intrakystiques ou de légères poussées inflammatoires du péritoine et du tissu péri-kystique, et s'accompagne parfois de contracture réflexe de la paroi abdominale.

3^o *Forme dyspeptique.* — Les accidents se manifestent ici par tout un syndrome intestinal. S'agit-il d'un enfant? On le voit perdre l'appétit, montrer une répugnance pour les aliments dont il était friand, et maigrir considérablement. La langue est saburrale, les yeux cernés. Tout dénote une fatigue de l'organisme.

Quant aux manifestations intestinales, la diarrhée est quelquefois le symptôme dominant. Rebelle, elle peut faire penser à une entérite grave.

Dans d'autres cas, au contraire, la constipation est opiniâtre.

A ces troubles s'ajoutent les digestions difficiles, l'aérophagie, les vomissements fréquents, marchant de pair avec les crises douloureuses, et étant soit alimentaires, soit bilieux par reflux normal de la bile ou par compression intestinale créant une gêne à son écoulement.

4^o *Forme occlusive.* — Dans cette forme, le kyste se révèle par les accidents d'obstruction dont il est la cause.

Parfois il s'agit simplement de phénomènes parétiques au niveau de l'intestin qui voisine avec la tumeur; tantôt au contraire, on assiste à de véritables phénomènes de subocclusion et d'occlusion, avec vomissements fécaloïdes, absence de matières et de gaz, dilatation abdominale, l'accroissement du kyste amenant un aplatissement de l'anse située dans son voisinage.

Blaine en a décrit un cas typique survenu chez une fillette de 5 ans.

La tumeur peut aussi entraîner, dans un mouvement de rotation, l'anse intestinale qui la soutient, et nous assistons de la sorte à la formation d'un volvulus, avec tous les symptômes de l'occlusion.

Telles sont les formes cliniques par lesquelles se manifestent le plus souvent les tumeurs kystiques du mésentère.

A ce stade de développement, le kyste traduit aussi sa présence par un ensemble de signes physiques.

Signes physiques.

1^o *Inspection*. — Que nous montre-t-elle? Quelquefois elle est totalement négative, lorsqu'il s'agit de tumeurs peu volumineuses ou profondément situées, dans le cas par exemple de tumeurs rétropéritonéales.

Le plus souvent, on remarque une augmentation du volume de l'abdomen, ou plutôt une voussure localisée, siégeant au voisinage de la région ombilicale, et donnant l'aspect connu sous le nom de « ventre en obusier ».

Parfois la distension abdominale est tellement accentuée qu'elle peut faire penser à une péritonite tuberculeuse, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants.

2^o *Palpation*. — C'est d'elle que nous retirons le plus de renseignements utiles. Très peu douloureuse, elle révèle l'existence d'une tumeur de volume variable, allant de la grosseur d'une noix à celle d'une tête de fœtus, sans parler des kystes bien plus volumineux encore.

Leur aspect ? Ce sont des masses régulières, lisses, de consistance élastique, parfois fluctuantes si le contenu est liquidien, chyleux par exemple, plus fermes, en cas de kystes dermoïdes ou sébacés.

Au cours de l'examen, il n'est pas rare de sentir la tumeur filer sous le doigt, car leur facilité de déplacement est très grande. Blaine le signale d'ailleurs

chez un jeune enfant: « Au premier examen, la tumeur siégeait sur la ligne médiane. Nous nous apercevons alors qu'elle était soudainement disparue dans le quadrant supérieur gauche, logée à peu près complètement sous les côtes. Par des manœuvres nouvelles, il nous fut possible de la placer également dans le quadrant supérieur droit, sous le gril costal.

En l'occurrence, il s'agissait d'un kyste ayant pour origine le mésentère de l'iléon ».

Partant de ces faits, Tuffier et Kirmisson (1) suggérèrent l'idée que cette mobilité des tumeurs mésentériques était en rapport étroit avec leur point d'origine :

Se déplaceraient facilement les tumeurs issues de la partie moyenne du méso, tandis que celles qui prennent naissance au niveau de l'origine ou de la terminaison du mésentère, seraient à mobilité restreinte.

Mentionnons aussi les masses pédiculées, à déplacement facile.

Enfin certaines suivent le diaphragme dans ses mouvements d'abaissement et d'élévation.

Signe important : le toucher vaginal ne révèle aucun rapport de ces tumeurs avec les organes génitaux.

3° *Percussion*. — La percussion donne, de son côté, des renseignements de grande valeur. Elle nous permet de localiser la tumeur, de reconnaître sa matité, à moins que celle-ci ne soit masquée par un tympanisme généralisé parfois à tout l'abdomen, et

1. Tuffier et Kirmisson. Société de Chirurgie, 28 février 1912.

ayant pour causes des anses intestinales distendues.

A la surface du kyste existe souvent une zone sonore ; elle est due à l'intestin qui cravate la tumeur, l'encerclant dans certains cas « comme les anneaux entourent la planète Saturne ». Le tympanisme varie d'ailleurs suivant que l'anse est vide ou remplie ; nous pouvons d'ailleurs l'influencer et l'accentuer en faisant prendre au malade des poudres gazogènes, ou en pratiquant l'insufflation intestinale.

Tout autour de la zone mate, même si la tumeur est volumineuse, le clinicien trouvera des espaces sonores ; l'un d'eux très fidèle, situé entre le bord inférieur du kyste et le pubis, permet l'élimination des tumeurs ovariennes : les autres, épars, s'opposent aux matités à déplacements faciles et très étendus des épanchements libres dans l'abdomen.

Malheureusement, lorsque la tumeur est aussi perceptible, l'état général du malade est d'ordinaire très déficient. La cachexie progresse lentement, à moins qu'une complication ne vienne brusquer le cours de la maladie.

Évolution.

L'évolution des kystes du mésentère se fait d'une façon lente, progressive, entrecoupée d'à-coups, d'où le nom de « maladie à rechutes ».

Les crises aiguës qui surviennent ainsi périodiquement sont la manifestation du tiraillement exercé par la masse au niveau du mésentère, ou de la transsudation sanguine à l'intérieur du kyste. On incrimine aussi les manifestations subocclusives, ainsi que les accès de péritonite ou d'inflammation péri-kystique.

Il est à noter pourtant que des tumeurs kystiques, dûment diagnostiquées, ont disparu soudain, sans aucun traitement.

Cette terminaison favorable connaît pour cause soit l'évacuation du contenu dans la cavité intestinale, ainsi le pensent Villar, Menziès et Albutt, soit encore, d'après A. Caciro, une certaine composition du chyle, qui par l'excès de cristaux de cholestérine, amènerait une ectasie vasculaire, susceptible de disparaître ultérieurement.

D'après une autre théorie, le vaisseau chylifère atteint de rétrécissement verrait ses parois s'épaissir.

en même temps qu'apparaîtraient des signes d'hypertension dont le but serait de vaincre le barrage.

Mais dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et les complications surviennent.

Complications.

1^o *Occlusion intestinale.* — Assez fréquente, elle déroute le diagnostic, mais nécessitant l'intervention, elle ménage au chirurgien la surprise de trouver une tumeur passée parfois jusqu'alors inaperçue.

La fillette dont parle William Blaine avait un kyste entérogène qui obstruait l'intestin.

Ce dernier est dans certains cas complètement aplati. Colby, au cours d'une laparotomie chez un enfant de 12 ans atteint d'occlusion intestinale, découvrit un kyste gros comme une orange, et « comprimant l'intestin à tel point que celui-ci était plat comme un ruban ».

D'autres fois la tumeur, surtout lorsqu'elle est très mobile, amène une torsion du mésentère dont elle dépend, ainsi que de l'intestin adjacent.

M. Raul, (1) trouva à l'opération d'un enfant de 11 ans, souffrant depuis l'âge de 4 ans de crises douloureuses abdominales, une masse chyleuse mésentérique du volume du poing, siégeant à proximité de l'angle duodéno-jéjunal. Il constata aussi, et c'est là

1. M. Raul, Société anatomique de Strasbourg, 11 décembre 1924.

le fait intéressant, « une torsion à droite de l'intestin et du mésentère portant la tumeur ».

Rapportant aussi un cas de kyste compliqué de volvulus du grêle et du côlon, M. Picot (1) s'exprimait ainsi : « L'intervention fait découvrir un kyste du mésentère, gros comme deux poings, impossible à énucléer, et nécessitant la résection intestinale. Il existait en outre un volvulus complet de la moitié droite du gros intestin et de la terminaison du grêle autour du kyste ».

2° *La suppuration du kyste.* — C'est une complication beaucoup plus rare. Il n'est pourtant pas douteux que cette masse liquidienne stagnante est toute indiquée pour servir de milieu de culture aux germes circulants, si nombreux en cas de septicémie.

De plus, la proximité de l'intestin, où pullulent tant de miasmes microbiennes diverses, peut, surtout à la faveur d'une altération de la paroi par entérocolite ou typhoïde par exemple, favoriser le passage des germes, voisins dangereux, et qui n'ont qu'un petit espace à parcourir pour semer l'infection.

C'est alors le stade des grandes oscillations fébriles, avec état général grave, et qui peut faire penser à une appendicite suppurée ou à une péritonite localisée, avec immobilisation abdominale et douleur à la palpation.

L'aptitude à la suppuration est encore plus mani-

1. M. Picot, Société de Chirurgie, séance du 6 avril 1932.

feste, lorsque, à l'intérieur du kyste, s'est fait un épanchement sanguin, qui, par son sérum, est un excellent milieu de culture.

Chez le malade de 17 ans, opéré par Bonnet, on notait un état grave, avec teint plombé et une température au-dessus de 39°. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un kyste mésentérique « contenant du sang noir, louche, en voie de transformation purulente ».

3° *La rupture du kyste.* — Enfin une autre complication, grave aussi, mais heureusement peu fréquente, est la rupture.

Le porteur d'une tumeur kystique fait-il une chute, ou reçoit-il un choc violent sur l'abdomen, dans la zone intéressée ? Le liquide, par augmentation rapide de son volume, force-t-il les parois où il est retenu ? Nous assistons alors à un véritable épanchement péritonéal, aseptique il est vrai, du moins le plus souvent, et le patient présente une ascite, augmentant par l'apport continuuel de chyle.

Celui-ci peut subir la transformation septique et donner naissance à une véritable péritonite, laquelle peut s'observer aussi lorsque le contenu du kyste, en état de purulence, vient à couler dans un abdomen libre de toute adhérence. Alors apparaissent la faiblesse du pouls, l'hyperthermie, les sueurs profuses, le hoquet, enfin les symptômes péritonitiques au grand complet, et la mort survient dans le collapsus.

Dans d'autres cas, la rupture s'accompagne de signes d'hémorragie interne, tel le malade de Walther, « avec décoloration des téguments, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, syncope et mort, si l'on n'intervient immédiatement ».

Voilà, résumés en quelques lignes, les gros dangers qui, à chaque instant, guettent le porteur de semblables tumeurs.

En l'absence de ces complications redoutables, le développement kystique, par les troubles digestifs et généraux qu'il occasionne, finit par créer un grave état de dénutrition qui ne tardera guère à conduire le malade vers la cachexie et l'issue fatale.

Pronostic.

Les kystes mésentériques comportent donc un pronostic sérieux, étant la conséquence des grosses complications dont nous avons déjà parlé, ou de troubles fonctionnels graves. On note souvent chez le malade un certain état d'anémie, se traduisant aux examens de laboratoire, par une diminution du nombre des globules rouges, du taux de l'hémoglobine et du temps de coagulation.

Même avec une température normale, on enregistre une augmentation du nombre des pulsations, en relation sans doute avec un dysfonctionnement vago-sympathique.

Par leur présence et leur irritation, les kystes mésentériques favorisent la parésie intestinale, et avec elle la constipation qui est la grande cause des infections intestinales, l'appendicite par exemple ; le colibacille pourra aussi léser le rein, d'où *pyélonéphrite*.

Cette dernière affection peut être le résultat d'une compression possible de l'uretère par la tumeur.

Du côté du foie, la gêne à l'écoulement de la bile favorise l'infection ascendante avec toutes ses conséquences.

Mais c'est surtout dans la sphère génitale que se manifeste davantage l'action néfaste de ces tumeurs.

On a vu des ménorragies abondantes sous la dépendance de ces kystes. Pour s'en rendre compte, il suffit de citer le rapport de M. Reiles : « Il s'agit d'une femme de 42 ans qui est entrée dans notre service le 15 février, envoyée par son médecin traitant pour ménorragies, douleurs et tumeur à siège abdominal.

Histoire de la maladie : le début des troubles dont la malade se plaint remonte jusqu'en été de l'année dernière. Les règles qui n'étaient jamais très régulières, perdent maintenant toute régularité et surviennent avec des intervalles variables entre trois et six semaines. En même temps elles deviennent plus abondantes, d'une durée moyenne de huit à dix jours. Mais depuis les dernières règles s'ajoute une pesanteur douloureuse dans l'abdomen, etc... ».

Ces troubles génitaux entravent parfois la fécondité ; cependant la femme peut devenir enceinte. S'il s'agit d'une tumeur peu volumineuse, la grossesse progresse régulièrement ; tout au plus y a-t-il une gêne plus grande dans les derniers mois.

Mais si le kyste est gros, la gestation en général ne va pas jusqu'à terme.

Diagnostic.

Diagnostic positif.

Les kystes du mésentère sont d'un diagnostic très difficile. Le clinicien ne pense pas assez souvent à eux, lorsqu'il examine son patient, et la surprise survient au moment de l'intervention.

Les signes fonctionnels qui dans certaines affections aident considérablement au diagnostic, sont ici semblables à ceux des autres kystes abdominaux. On signale bien les troubles digestifs : vomissements, constipation ou diarrhée ; les crises douloureuses, les tendances à l'occlusion intestinale, les troubles génitaux chez la femme, et quelquefois au voisinage de l'ombilic l'existence d'une tumeur.

Mais souvent celle-ci est parfaitement tolérée ; les signes physiques apparaissent au minimum, et l'intervention seule fera le diagnostic.

Qu'il s'agisse de kystes chyleux, séreux, dermoïdes, hématiques, la différenciation n'est possible qu'après laparotomie et ouverture de la tumeur.

Un soupçon de kyste hydatique peut exister si la personne a vécu en compagnie d'animaux, principalement de chiens. Cette origine est d'ailleurs très

rare puisque Cranwell et Végas n'ont pu observer en 1901, sur 952 cas de kystes hydatiques, que dix formations de ce genre au niveau du mésentère.

Les kystes dermoïdes sont eux aussi en petit nombre dans la littérature médicale ; les kystes chyleux et hématiques sont par contre assez fréquents ; nous ne rappellerons pas ici leurs caractères distinctifs, tout cela ayant été traité dans les chapitres précédents.

Ce qui intéresse surtout le médecin c'est de connaître tout ce qui n'est pas une tumeur kystique du mésentère, afin d'arriver au diagnostic exact en procédant par éliminations.

Tant de masses abdominales prêtent à confusion et conduisent à l'erreur, qu'il est indispensable de passer en revue leurs caractères différentiels.

Diagnostic différentiel.

Passons rapidement sur les tumeurs de la paroi abdominale, lipomes, fibromes, hématomes, kystes sébacés, kystes dermoïdes, qui ne peuvent guère à l'examen en imposer pour un kyste abdominal.

Ceci résolu, il faut chercher plus loin, et éliminer tout ce qui dans le mésentère n'est pas de nature kystique.

Tumeurs du mésentère n'étant pas de nature kystique.

Plusieurs tumeurs peuvent en effet prêter à confusion.

1^o *Tuberculose ganglionnaire mésentérique.* — Dans certains cas elle présente, à s'y méprendre, l'évolution d'un vrai kyste, ainsi que l'ont rapporté MM. Ombédanne, Tuffier, Michaux.

Pendant notre internat dans le service du D^r Hardouin, nous avons opéré un jeune enfant de 8 ans, atteint depuis une semaine de troubles gastriques, surtout de vomissements avec phénomènes de sub-occlusion survenant par crises.

Etat général très déficient.

A la palpation, dans le flanc gauche, présence d'une tumeur lisse, assez volumineuse, peu douloureuse, mais dont la présence commandait néanmoins l'intervention.

Après laparotomie, on découvrit une grosse masse qui n'était autre qu'un énorme ganglion mésentérique, en voie de caséification bacillaire. Autour de lui quelques autres ganglions plus petits étaient frappés également de dégénérescence tuberculeuse. Tous intéressaient la chaîne ganglionnaire mésentérique du côlon descendant.

2^o *Lipomes du mésentère* — Ils s'observent assez fréquemment et jouissent en général d'une grande bénignité. Ce sont des tumeurs bien circonscrites, ayant les caractères de pseudo-fluctuation. Leur surface d'implantation est large, et le lipome possédant une grosse tendance à la prolifération gagne parfois les régions voisines, repousse les anses intestinales et comprime les viscères.

On a pu voir le diaphragme refoulé jusqu'au niveau de la troisième côte, tel le cas décrit par Wigglesworth.

Dans l'observation de Cooper Foster, un lipome du mésentère pesant 55 livres refoulait la voûte diaphragmatique jusqu'au niveau de la troisième côte.

Elles subissent aussi la transformation calcaire (Péan). De diagnostic très difficile avec les kystes mésentériques avant l'intervention, le lipome se différencie pourtant par son gros volume, et l'absence de zones sonores à sa surface. Il y a aussi des kystes volumineux : ce n'est heureusement que l'exception.

3^o *Fibromes du mésentère.* — Les fibromes du mésentère sont des tumeurs rares, puisque Masset en 1894 n'a pu en relever que 8 cas authentiques. Moins volumineux que les lipomes, ils peuvent cependant atteindre une grosseur considérable.

On les trouve surtout au moment de la puberté et chez l'adulte, la femme semblant particulièrement prédisposée.

4^o *Tumeurs malignes.* — On les observe peu fréquemment.

A côté des cas isolés de lymphomes, lymphadénomes, il y a surtout place aux sarcomes ; le sarcome globo-cellulaire se rencontre le plus souvent, sans ignorer toutefois l'existence du sarcome fusocellulaire dont Nasse et Terrier ont rapporté quelques cas, et les formes mixtes : fibrosarcomes, myxosarcomes, fibromyxosarcomes étudiés par Rentrop.

Quant à leur volume, il est fort variable, On rencontre parfois des tumeurs de 9 et 14 kgr. (observations de Masse et de Demons). Le Dr Bonneau (1) fit l'exérèse d'un volumineux sarcome du mésentère sous rachi-anesthésie à 8 %.

Ces masses néoplasiques sont parfois bien tolérées, et l'autopsie seule en révèle dans certains cas la présence.

L'examen physique du malade ne permet guère de les différencier d'avec les tumeurs kystiques du mésentère.

La palpation montre pourtant l'absence de fluctuation et la présence d'une tumeur irrégulière, à développement rapide, avec atteinte plus ou moins grave de l'état général (cachexie cancéreuse).

Après laparotomie, en cas de doute, nous avons à notre disposition la biopsie qui apporte au chirurgien un moyen de contrôle excellent.

Tumeurs des organes voisins.

Mais le diagnostic ne doit pas en rester là ; il faut songer aussi aux tumeurs des organes voisins, Elles siègent dans la partie supérieure ou inférieure de l'abdomen, et sont aiguës ou chroniques.

1^o *Tumeurs ovariennes*, — Leur diagnostic est de grande importance, d'autant plus que certains kystes

1. Bonneau, Société de Chirurgie. Paris. Séance du 20 février 1930.

mésentériques peuvent avoir une origine ovarienne.

On rencontre surtout les kystes de l'ovaire, fréquents chez la femme, à la période d'adulte ; ils se voient aussi chez la petite fille avant la puberté.

SIGNES DISTINCTIFS : Ce sont des masses pelviennes, secondairement abdominales, faciles à explorer par le toucher vaginal. Elles présentent une matité dans toute leur étendue, et aucune zone sonore ne les sépare du pubis.

La femme est souvent mal réglée, la vie génitale étant souvent très troublée par la présence de ces tumeurs.

Même s'il y a doute, l'intervention s'impose dans les deux cas.

Les kystes paraovariens ont à peu près la même symptomatologie que ceux de l'ovaire. Ils se développent au dépens de vestiges embryonnaires (corps de Wolff), ou auraient une origine müllérienne.

2° *Néoplasmes de l'intestin.* — Ils surviennent surtout chez des sujets âgés, ayant généralement atteint la cinquantaine.

Siégeant le plus souvent dans les parties latérales de l'abdomen, ces tumeurs présentent dans leur évolution des signes d'hémorragies intestinales et de sténose plus ou moins marquée.

A la radiographie, on perçoit des irrégularités, des lacunes au niveau de l'anse lésée.

3° *Péritonite tuberculeuse.* — La forme cloisonnée surtout peut prêter à confusion.

L'ascite libre se reconnaît facilement par sa facilité de déplacement et, à la percussion de la limite supérieure, par une courbe concave en haut.

L'ascite enkystée a un contour moins net : elle est immobile, signe qui pourrait déjà la différencier d'avec un kyste mésentérique ; mais il y a surtout les antécédents : pleurésies, bacillozes pulmonaires, les poussées fébriles avec troubles gastro-intestinaux ; les symptômes pleuraux sont eux aussi des signes de probabilité en faveur de l'invasion péritonéale par le bacille de Koch.

4° *Tumeurs de l'ouraque.* — Celles de nature kystique sont les plus fréquentes.

M. Patel (1) rapporte l'observation d'un kyste volumineux chez une femme de 37 ans. Il contenait au minimum 8 litres d'un liquide blanchâtre.

Un cas semblable signalé par Delou et Cotte (2) fut trouvé chez une jeune fille de 18 ans.

On pensait à une péritonite bacillaire, et s'il agissait d'un kyste de l'ouraque, d'une capacité de 8 à 10 litres.

Formations d'origine congénitale, à prédominance dans le sexe féminin, elles résultent de la dilatation kystique de la partie inférieure de l'ouraque non oblitérée.

Ce sont des tumeurs prévésicales dont la matité se continue jusqu'au pubis.

1. M. Patel, Société de Chirurgie de Lyon, 26 mars 1925.

2. Delou et Cotte, *Revue de Chirurgie*, 1906, t. II, p. 403 à 450.

5° *Kystes de l'épiploon.* — Dans la littérature médicale, on n'en trouve signalé qu'un très petit nombre. Souvent confondus avec ceux du mésentère, ils s'en distinguent par une mobilité plus grande, et par l'absence de bandes sonores à leur surface. De plus, leur palpation est aisée : « Si c'était une tumeur de l'épiploon, on l'aurait plus facilement en main » (Delbet).

6° *Tumeurs du rein.* — C'est avec elles que le diagnostic est parfois très difficile, sinon même impossible, surtout que le rein peut être l'origine de kystes du mésentère.

On trouve en effet en avant de la masse rénale une zone sonore, formée par le côlon ascendant ; mais le ballottement rénal et le contact lombaire révéleront une lésion de l'appareil sécréteur.

Qu'il s'agisse de lithiase, de bacillose, de cancer, d'hydronéphrose, ou de ptose rénale, des signes particuliers à ces diverses affections apporteront des renseignements utiles à l'élaboration d'un diagnostic précis, affermi en outre par les examens de laboratoire et la pyélographie.

7° *Tumeurs hépatiques.* — Les kystes hydatiques surtout prêteront à confusion avec les kystes du mésentère.

Fréquents dans certaines contrées, ils surviennent chez les personnes vivant en compagnie de chiens, agents du plus petit cestode connu : le *tænia echinococcus*.

L'affection débute par des algies dans l'épaule droite, de l'urticaire, du dégoût des matières grasses. Du côté du poumon, on note une pleurésie droite à faible épanchement. En même temps apparaît une voussure épigastrique. La tumeur est lisse et se continue *insensiblement* avec le foie.

A la percussion, matité hépatique et tumorale se succèdent sans aucun intervalle sonore. On perçoit parfois le frémissement hydatique.

Dans le sang, l'éosinophilie est très marquée : 8 à 12 %, elle peut s'élever encore à 40 ou 50 %.

Des recherches complémentaires : déviation du complément (réaction de Weinberg), intra-dermo-réaction de Casoni, et l'examen radiologique, sont pour le clinicien parfois très précieuses.

8° *Tumeurs de la rate.* — Il est parfois bien difficile de différencier ces tumeurs. Elles s'accompagnent des mêmes troubles dyspeptiques que ceux des kystes mésentériques. Mais tandis que ces derniers atteignent facilement la région ombilicale et la débordent, la masse splénique dépasse rarement la ligne médiane.

Bien que très volumineuse elle demeure en effet au niveau de l'hypocondre gauche, et se prolonge plutôt sous le grill costal, où elle suit les mouvements respiratoires.

Par la palpation, il est facile de percevoir son bord tranchant, ses incisures caractéristiques.

A la percussion, on note une absence complète de sonorité à sa surface. Enfin elle ne possède pas la

mobilité du kyste mésentérique, ni les deux zones caractéristiques :

l'une entre la paroi et la tumeur,

l'autre entre la tumeur et le pubis (signes de Tillaux) ;

9° *Tumeurs du pancréas.* — Mais c'est surtout avec les tumeurs du pancréas, principalement avec les kystes, que le diagnostic semble le plus ardu.

Ces derniers, très rares d'ailleurs, se rencontrent avec élection dans le sexe féminin et reconnaissent pour causes, soit une irritation locale ou voisine tels par exemple une oblitération des canaux pancréatiques par un calcul biliaire ou une formation lithiasique du pancréas, une pancréatite chronique, un ulcère du pylore, du duodénum, soit une origine traumatique, le pseudokyste de l'arrière-cavité des épiploons apparaissant après un choc important, avec les signes d'une contusion abdominale grave.

Alors surviennent les douleurs en broche, les crises épigastriques, une anorexie élective pour les viandes et les graisses, témoignant ainsi d'une insuffisance pancréatique, et enfin un amaigrissement rapide.

Les kystes du pancréas siègent à la partie supérieure de l'abdomen, le plus souvent dans l'hypochondre gauche. Lisses, réguliers, ils sont peu mobilisables.

Leur sonorité est moindre aussi que celle des kystes mésentériques. Elle est due à la présence de l'estomac

en haut, du côlon transverse en bas, la tumeur s'insinuant dans l'espace compris entre les deux, et formant la zone de matité.

Moins fréquemment le côlon transverse devient la limite supérieure, l'intestin grêle, la limite inférieure.

Par ces rapports se diagnostiquent, avec le plus de certitude, les tumeurs pancréatiques. Le Professeur Delbet (1), se basant d'ailleurs sur eux a proposé un bon moyen de différenciation entre les kystes pancréatiques et ceux du mésentère : il insuffle le côlon avec une soufflerie de thermocautère, adaptée à une sonde rectale et fait absorber en même temps à son malade une potion gazeuse (potions de Rivière).

En cas de kyste pancréatique, l'estomac, dilaté, recouvre la tumeur d'une zone sonore; la matité disparaît en totalité. S'il s'agit de kyste du mésentère, il est refoulé en bas, sans diminution de sa matité. « Ceci, dit le Professeur Delbet, permet d'éliminer le faux kyste du pancréas et de porter le diagnostic très probable de kyste du mésentère ».

Enfin la radiographie, après absorption d'une bouillie opaque, montre les rapports de la tumeur avec les anses intestinales.

Bonnet, Japiot, de Rougemont ont eu l'idée dans un cas grave de kyste mésentérique où ils ne purent faire qu'une marsupialisation, d'explorer radiologiquement la tumeur. Ils évacuèrent tout le liquide

1. Delbet, *Journal des praticiens*, 26 avril 1930.

contenu dans la poche, et insufflèrent ensuite cette dernière. Un cliché fut pris de face et de profil.

Remplaçant alors l'air par un liquide opaque, dans la circonstance le bromure de Strontium, ils firent de nouvelles radiographies.

Diagnostic des crises aiguës.

Mais parfois le clinicien est appelé auprès d'un malade, en période de crises aiguës.

S'il s'agit d'une douleur abdominale vive, siégeant du côté droit de l'abdomen, on devra penser aux coliques hépatiques, néphrétiques et surtout à *l'appendicite*. Dans ce cas, la douleur est bien localisée au point de Mac Burney et le palper ne révèle pas l'existence de tumeur, à moins qu'il n'y ait déjà formation d'un abcès, lequel, très douloureux, s'accompagne des signes de la suppuration.

Dans les formes très hyperesthésiques, à début brutal, on ne devra pas ignorer la possibilité d'un kyste de l'ovaire tordu, qui se manifeste par une douleur brutale, parfois à type syncopal. Il suffit alors de rechercher les signes qui font penser à la présence d'un kyste ovarien.

Enfin en cas de phénomènes occlusifs aigus, il faut songer chez l'enfant à l'invagination, au volvulus, chez l'adulte, au néoplasme intestinal.

Diagnostic des complications.

La suppuration, nous l'avons vu précédemment peut apparaître dans le liquide kystique. Le diagnostic doit se poser avec tout ce qui peut donner naissance, dans le mésentère, à une collection purulente.

Infection ganglionnaire. — Les maladies infectieuses, les septicémies de toute sorte peuvent en être la cause. C'est surtout par voie lymphatique que semble se faire la propagation. N'a-t-on pas vu survenir de gros abcès mésentériques, au cours d'une fièvre typhoïde ? « Celle-ci favoriserait la lymphangite, donnant naissance à une adénite d'où finalement viendrait la formation de l'abcès » (Neukirch).

Trazier et Thomas auraient signalé 8 cas de perforation d'abcès typhique du mésentère.

De diagnostic très difficile, l'existence de cette complication peut être discutée, lorsqu'on est en présence d'un individu ordinairement bien portant, atteint de typhoïde à l'heure actuelle, et souffrant depuis peu de douleurs abdominales, accompagnées des symptômes de la suppuration. Les examens de laboratoire : hémoculture, séro-diagnostic de Widal, seront des plus utiles.

Ces abcès du mésentère connaissent encore d'autres causes :

Dans un cas relaté par Neukirch, il s'agissait d'une jeune femme de 27 ans, qui, opérée pour appendicite,

présenta douze jours après l'intervention, une recrudescence de la température avec forte polynucléose : 17.000 globules.

La laparotomie permit de découvrir dans le mésentère de l'iléon, à 20 cm. du cæcum, « une tumeur grosse comme une poire, de consistance tendue, élastique, et de laquelle le pus est enlevé par ponction ».

L'auteur considère cet abcès en rapport avec une gastro-entérite, seule affection dont souffrait la malade.

Nous devons encore à Neukirch l'observation suivante : une femme de 52 ans, ordinairement bien portante, se plaignait depuis six semaines de douleurs abdominales généralisées, avec ventre ballonné et amaigrissement d'environ 20 livres. Décès.

A l'autopsie « on vit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, située dans le petit bassin, à gauche, contre la vessie ; formation d'une autre tumeur dans les ganglions lymphatiques de la paroi abdominale postérieure et à gauche. Nécrose de l'uretère gauche et d'une grosse branche de l'artère colique inférieure.

« D'après les résultats microscopiques, il s'agissait d'une lymphogranulomatose ».

En terminant ce chapitre nous devons conclure qu'il est bien malaisé d'établir un diagnostic certain, des affections très nombreuses simulant à s'y méprendre celle du mésentère.

Traitement.

Le diagnostic de kyste mésentérique une fois posé, l'intervention s'impose et diffère selon qu'il s'agisse de formes aiguës ou chroniques.

Dans les premières, le chirurgien a la main forcée ; il doit opérer rapidement pour sauvegarder la vie du patient.

Dans les secondes, rien ne presse et les méthodes employées sont :

- a) la ponction ;
- b) la marsupialisation ;
- c) le drainage ;
- d) l'énucléation avec ou sans résection intestinale.

a) PONCTION DU KYTE.

Elle est, de l'avis général, un procédé à rejeter sans réserves. Les gros dangers qu'elle présente n'ont aucun rapport avec le peu d'avantage fourni, bien que Winiwater aurait obtenu, après simple ponction, la guérison d'un nourrisson.

Mais la plupart du temps, la tumeur se reforme

après évacuation de son contenu, comme le montre l'exemple de Reclus, où on dut pratiquer cinq ponctions successives, et force est de recourir en dernier lieu à l'opération.

De plus la méthode est aveugle : il est grave d'enfoncer ainsi une aiguille au milieu d'anses intestinales qui peuvent être embrochées, et les vaisseaux, perforés. Alors surviennent les complications redoutables : péritonites septiques, hémorragies abondantes.

On n'a pas aussi la certitude qu'il s'agisse vraiment d'un kyste mésentérique, et on peut méconnaître la malignité d'une tumeur, qui s'aggravera chaque jour.

Certains praticiens, ont, après évacuation du contenu kystique, *essayé les injections modificatrices à la teinture d'iode*. Cheyron et Michalshi auraient obtenu, de cette façon, deux guérisons radicales.

Quoi qu'il en soit ces méthodes sont actuellement délaissées par la plupart des chirurgiens.

b) MARSUPIALISATION.

La marsupialisation a connu, il y a quelques années, une certaine vogue.

Opération facile, elle consiste à fixer le kyste à la paroi abdominale, et à ouvrir ensuite la collection.

Chez un malade fatigué, où toute intervention importante serait particulièrement shockante, elle semble très indiquée, car elle demeure une opération bénigne, compromettant très peu l'existence.

Coley estime la mortalité à 6 %, Goggans à 7 %, Arékion à 9 %. Ce pourcentage paraît d'ailleurs assez élevé, et la bonne moyenne oscille aux environs de 4 %.

La marsupialisation trouve encore son application en cas de kyste hydatique, lorsqu'on en craint la rupture pendant l'énucléation ; celle-ci sera faite d'ailleurs plus tard.

Toutefois, à côté de ces quelques avantages, la méthode possède de gros inconvénients : par exemple les fistules longtemps suintantes, quelquefois interminables, forçant le malade à se garnir et créant chez lui un état névropathique très accusé.

L'écoulement chyleux affaiblit le patient.

Les dangers d'infection ne sont pas rares.

L'iléus est possible par la fixation de l'intestin, ainsi que la dégénérescence maligne de la tumeur.

c) DRAINAGE.

On a parlé aussi jadis des bienfaits de l'incision du kyste, suivie de drainage. La méthode peut se défendre encore dans les cas de kystes suppurés par exemple, mais en règle générale, comme la marsupialisation, elle est à rejeter.

d) ENUCLÉATION.

La méthode de choix, celle qui est en renom auprès de la totalité des chirurgiens, comprend l'énucléation de la tumeur, suivie ou non de résection intestinale.

1° *Enucléation sans résection intestinale.* — L'intervention consiste, après laparotomie, à extraire d'entre les feuillets du mésentère, le kyste qui s'y trouve inclus.

Le gros danger à éviter est la lésion de l'intestin et des vaisseaux, avec lesquels la tumeur entretient des relations étroites. Il faut éviter aussi la déchirure de la poche, laquelle se rompt très facilement.

Dangereuse aussi est la traction sur le kyste : le plexus solaire, étant alors tirailé, produit un état de shock suffisant à compromettre le résultat opératoire.

Mais lorsque la tumeur s'énuclée aisément et qu'il existe peu d'adhérences inflammatoires, la méthode donne d'excellents résultats, bien que la mortalité opératoire, selon Flynn (1), s'élèverait à 16 %. Mais aussi la guérison, lorsqu'elle survient, est radicale.

2° *Enucléation avec résection intestinale.* — Dans certains cas, l'énucléation seule est insuffisante. Si le clivage de la poche est impossible, s'il existe des lésions importantes de l'intestin ou du mésentère, comme dans le cas de notre petit opéré, le chirurgien doit compléter l'intervention d'une résection intestinale pour éviter la gangrène secondaire de l'intestin lésé ou frappé d'anémie par la cessation d'apport sanguin.

Suivant l'étendue des dégâts, il faudra supprimer .

1. Flynn, *Annals of Surgery*. Philadelphie, avril 1930.

une longueur d'anses intestinales variable, allant de quelques centimètres à 50 et même davantage.

Le petit malade de R. Wade, âgé de 5 ans, avait subi une résection de 25 cm., intéressant l'intestin grêle.

On termine ensuite par une entéro-anastomose, soit terminale, soit latérale, celle-ci étant la plus employée à l'heure actuelle.

Il n'est pas douteux qu'une semblable intervention, faite chez des enfants et des individus fatigués, présente un caractère d'extrême gravité. D'après certaines statistiques, la mortalité opératoire atteint 40 %; 60 % d'après celles de Flynn.

Mais au bout de quarante-huit heures en général le mieux s'annonce, le patient quelques jours plus tard quitte l'hôpital et sa guérison est définitive.

Conclusions.

I. — Les kystes du mésentère, relativement très rares, doivent être considérés cependant comme des affections non exceptionnelles dans la pratique courante.

II. — Ils se rencontrent à tous les âges : chez le nourrisson, chez l'adulte, chez le vieillard.

On les observe plus fréquemment entre 20 et 50 ans.

III. — Leur symptomatologie, semblable à celle des autres kystes abdominaux, rend le diagnostic très malaisé, lequel n'est souvent vérifié que par l'intervention.

IV. — D'un pronostic toujours grave, les kystes du mésentère obligent à une intervention chirurgicale.

V. — Cette intervention, suivant les cas, comporte :

a) Une opération de nécessité : la marsupialisation.

b) Une opération curative immédiate :

1^o Soit l'énucléation totale ;

2^o Soit l'énucléation suivie de la résection
des organes lésés.

Vu : le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexatch*. — Contribution à l'étude des kystes séreux du mésentère. Thèse de Bordeaux, 1921, in n° 97, p. 43.
- Aloi*. — Volumineux kyste mésentérique multiloculaire (La Riforma Medica. Naples, 24 octobre 1927).
- Blair et Shortley*. — Kystes mésentériques (Annals of Surgery, Philadelphie, volume LXXXV, n° 6, juin 1927).
- Bonnet, de Rougemont et Jopart*. — Radiographies d'injections opaques dans un kyste du mésentère (Société de Chirurgie de Lyon, 26 mars 1925).
- Caciro*. — Contribution à l'étude des kystes chyleux du mésentère (La Semana Medica. Buenos-Ayres, n° 48, 27 nov. 1924).
- Clark*. — Report of case of a mesenteric cyst (American Journal of Obstetr. St-Louis, 1926, XI, p. 238. Disc., p. 267).
- Mesentery cyst. report of a case (Med. Record. Ann. San-Antonio, 1925, XIX, p. 532).
- Cornioley*. — Contribution à l'étude des kystes mésentériques (Lyon Chirurgical, t. XXIII, sept.-oct. 1926).
- Croati*. — Sténose intestinale par kyste mésentérique (XXXIII^e Congrès de la Société italienne de Chirurgie. Padoue, 26 oct. 1926).
- Darnall*. — Fibrome du mésentère (Annals of Surgery, vol. LXXXVII, n° 6, juin 1928, p. 870).
- Doud*. — Kystes du mésentère (Annals Surgery, Philadelphie, 1924, LXXIII, 784).

- Delbet.* — Kystes du mésentère (Journal des Praticiens, n° 17, 26 avril 1930, p. 277).
- Desgouttes-Ricard.* — A propos des kystes du mésentère (Journal de Chirurgie, sept. 1928, p. 269).
- Dorra.* — Contribution à l'étude des kystes du mésentère, déterminant l'occlusion intestinale. Thèse de Bordeaux, 1916, n° 8).
- Dowd.* — Kyste mésentérique (Annals Surgery. Philadelphie, 1915, LXI).
- Fedele.* — Les kystes mésentériques d'origine embryonnaire (La Clinica Chirurgica. Milan, sept. 1927).
- Fedinee* — Contribution à l'étude des kystes mésentériques (Bratislavske Lekarske Listy, t. IX, avril 1929).
- Forjahn.* — Chirurgie du mésentère, 4 observations (In Dissert-Rostock, 1904).
- Freudenthal.* — Sur les kystes du mésentère à propos d'un cas de kyste chyloforme ayant déterminé une occlusion intestinale (Hospitalstidende. Copenhague, LXXI, 12 avril 1928).
- Gazaniol.* — Contribution à l'étude des kystes sérohématiques du mésentère. Thèse de Montpellier, 1919, in-8°, n° 36.
- Green.* — Kystes entéromésentériques (Surgery Gynecology and Obstetrics. Chicago, vol. XLIV, n° 3, mars 1927).
- Kofmeister.* — Formations kystiques lymphatiques étendues dans le mésentère et le mésocôlon (Medizinische Klinik. Berlin, XXIII, n° 26, 30 février 1927).
- Kleine.* — Contribution à l'anatomie pathologique des kystes mésentériques (Archives f. Gynec. Berlin, t. CXXXIX, 23 déc. 1929).
- Lapage, Paget et Morley.* — Volumineux kyste mésentérique chez un enfant (The Lancet. Londres, 28 nov. 1925).
- Lee.* — Kyste mésentérique simulant une dilatation aiguë de l'estomac (The Medical Journal of Australia. Annals, XXX, volume II, déc. 1926).

- Le Moniet.* — Kyste du mésentère (Société de Chirurgie de Paris, 15 octobre 1924).
- Lewison, Wolfsohn.* — Un kyste chyleux mésentérique (Calif. Weston Med. San-Francisco, 1926, XXIV).
- Loques de Araujo.* — Les kystes du mésentère. Thèse, 1929, Imp. Vict. Bahia.
- Mathieu.* — Kyste du mésentère chez un enfant. Enucléation. Guérison (Société de Chirurgie, 3 février 1926).
- Minervi.* — Volumineux kyste chyleux du mésentère (Congrès de la Société Italienne de Chirurgie. Rome, 27 oct. 1925).
- Osher.* — Kystes du mésentère (Journal Méd. Associat. Georgia. Atlanta, 1926, XV, p. 179).
- Papacena.* — Kyste du mésentère simulant une appendicite (Art. Méd., n° 32, p. 20).
- Pédersen.* — Un cas de rupture traumatique d'un kyste du mésentère (Hospitalstidende. Copenhague, 9 août 1928).
- Péterson.* — Kystes multiples du mésentère (The Amer. Journal of Surgery. New-York, vol. n° 5, nov. 1928).
- Piermarini.* — Kyste dermoïde du mésentère (Riform. Med. Napoli, 1925, XLI, p. 1224).
- Ruves.* — Essai sur les kystes chyleux du mésentère. Thèse de Montpellier, 1904, in-8°, n° 25.
- Sambuc.* — Kystes du mésentère (Bulletin de la Société médicale de l'Indochine. Hanoï, n° 2, février-mars 1932).
- Simon.* — Les kystes pseudopancréatiques d'origine péritonéo-congénitale. Thèse de Paris, 1925, in-8°, n° 442.
- Sommar.* — Primary dermoïds in mesentery (Beitr. z. Klin. Ch., 124, 1921).
- Tourneux.* — A propos d'un kyste du mésentère marsupialisé (Société de Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse, 18 mars 1929).
- Wade et Steigrad.* — Kystes mésentériques (The Med. Journ. of Australia. Sydney, 14 avril 1928).

Weichert. — Kyste mésentérique au niveau de l'estomac (Brüns Beitrage z. Klinischen Chirurgie, t. CXLV, 2 février 1929).

Wilson. — Kyste chyleux du mésentère (The Brit. Med. Journ., n° 3550, 19 janvier 1929).

BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE

Arkley Stel. — Kyste mésentérique par occlusion intestinale (The British Journ. of Surgery, juillet 1933).

Blagdon (L.). — Les kystes et les tumeurs du mésentère (Union médic. du Canada, sept. 1932).

Cames (O.), Cid (J. M.). — Kystes du mésentère. Entérokystome (Revue de Chirurg. de Buenos-Ayres, 10, 529-540. Aug. 1931).

Charrier (A.), Traissac (Robert). — Note clinique sur un kyste dermoïde du mésentère (Bordeaux Chirurgie., juillet 1930, p. 115).

Cortella. — Kyste dermoïde du mésentère (Policlinico Sezioni pratica. Roma, n° 6, 8 février 1932).

Courty, Desorgher. — Au sujet d'un kyste du mésentère (Journal des Sciences médic. de Lille, n° 50, 10 décembre 1933).

Delbet. — Journal des Praticiens, 26 avril 1930.

Finucci (V.). — Sur un cas de kyste du mésentère (Policlinico Sez. Chir., 37, 506, 515, octobre 1930).

Flynn. — Kystes mésentériques (Annals of Surgery. Philadelphie, vol. XCI, avril 1930).

Harbitz. — Kyste du mésentère (Presse médicale, n° 87, 29 oct. 1932).

Josselin (R. de), Joug (de). — Kystes du mésentère omentaux et intestinaux (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 74, 2098-2107, 28 avril 1930).

- Judd et Heimdal.* — Kystes mésentériques (S. Clin. North America, 12, 849-855, août 1932).
- Kendall (E.).* — Rare cas d'obstruction intestinale. Kyste du mésentère (British. Journ. Surgery, 18, 168-169, juillet 1930).
- Labry et Montel.* — Presse médicale, 26 novembre 1930.
- Lauterburg.* — Sur un cas de chylangiome du mésentère (Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Bâle, n° 18, 3 mai 1930).
- Léonté (M. C.).* — Kyste du mésentère (Société nationale de Chirurgie, séance du 22 juin 1932).
- Milianitch.* — Volumineux kyste du mésentère. Résection intestinale large, guérison (Soc. Nation. de Chirurgie, 25 octobre 1933).
- Neukirch.* — Kystes et pseudo-kystes du mésentère (Arch. f. Klinisch. Chir. Berlin, t. CLXI, 22 oct. 1930).
- Péterson.* — Kystes du mésentère (Annals of Surgery, XCVI, n° 1, juillet 1932).
- Kyste du mésentère et de l'épiploon (Annals of Surgery. Philadelphie, vol. XCVI, n° 3, septembre 1932).
- Petta (G.).* — Diagnostic d'un kyste du mésosigmoïde (Policlinico, Sez. Chirurg., 38, 494, 505, septembre 1931).
- Phelan.* — Kyste du mésentère (The American Journal of Surgery, n° 2, novembre 1933).
- Polacco (E.).* — Kyste mésentérique de l'iléon (Bull. et Mém. Soc. Piémontaise de Chirurgie, 2, 99, 109, 23 janvier '932).
- Reiles.* — Kyste chyleux du mésentère (Bulletin Soc. Obstétr. et Gynécol. Paris, Bull., t. XXII, mai 1932).
- Reinhold (Paul).* — Kyste du mésentère compliqué de volvulus du grêle et du côlon. Résection. Réduction du volvulus. Guérison (Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie, t. LVIII, n° 11, 16 avril 1932).

Rosenfeld (A.). — Kyste rétropéritonéal, rétrosigmoïde (*Acta chirurg. Scandinavica*, 69, 125-128, 1932).

Shorvon-Well. — Kyste entéromésentérique simulant une rétention urinaire aiguë (*The Lancet*. Londres, 23 janvier 1932, p. 181).

Steel. — Kyste du mésentère, cause d'occlusion de l'intestin (*The British Journal of Surgery*, n° 81, juillet 1933).

Warfield. — Kyste du mésentère (*Annals of Surgery*. Philadelphie, vol. XCVI, n° 3, septembre 1932).

721. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-34
